

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/20432>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

't Moet zuinig, 't kan zinnig: een beetje lucht uit de ballon

Gesprek met minister E. Borst-Eilers over haar visies op beleid en zorg

G. van Heteren, N. Klazinga

'Zijn de Deltawerken echt voltooid?' is de vraag naar de zin of onzin van grote visies op de zorg, die als rode draad door dit themanummer loopt. Wij spraken met mevrouw E. Borst-Eilers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over de zinsnede die zij recentelijk tot een gevleugelde politieke slogan maakte: 'En ik had nog wel zo nadrukkelijk vermeld dat ik de Deltawerken heb overgenomen van G. van den Broek van het Catherina-Ziekenhuis te Eindhoven, gewoon omdat ik het zo'n aardig beeld vond', meldt zij met de voor haar kenmerkende eerlijkheid, nog vóór het gesprek zijn aanvang neemt. 'Waarom roept iedereen nu over de Deltawerken van Borst?'

De laatste maanden zal u de vraag naar de 'stille kracht' van uw handelen, de vraag naar de praktische ervaringen met de gezondheidszorg die u als politica vooral van pas komen, wel tot vervelens toe zijn voorgelegd?

Jazeker, men weet dus inmiddels wel dat ik twintig jaar in het Academisch Ziekenhuis te Utrecht heb gewerkt. Dan weet je wel zo'n beetje hoe het in een ziekenhuis reilt en zeilt, dat het er daar echt anders uitziet dan men hier in Den Haag en Rijswijk vaak denkt. Dat wij hier gezondheidszorg graag in ordentelijke processen zien, terwijl het in de wereld van de zorg vaak toch wel wat chaotischer, of beter gezegd: geïmproviseerder toegaat.

Op de tweede plaats ben ik in mijn jaren in het veld zeer vertrouwd geraakt met de cultuur van de diverse beroepsgroepen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn. Dat is kennis die al stamt uit mijn periode in het ziekenhuis, maar natuurlijk ook gevoed is door mijn werk bij de Gezondheidsraad. Daar praatte je voortdurend met allerlei mensen in het veld. Na verloop van tijd weet je dan hoe men denkt, waar men voor in stelling komt, waar men een hekel aan heeft.

Ervaring waar ik ook veel aan heb is dat ik via een zieke echtgenoot actief ben geworden en lange tijd ook ben gebleven in patintenverenigingen. Daarmee heb ik van binnenuit inzicht gekregen in wat er tegenwoordig onder mondige patiënten leeft. Al deze ervaringen maken dat ik nu een aantal maatregelen meer kan 'fine-tunen'.

Voorals als vice-voorzitster van de Gezondheidsraad heeft u vanuit het veld uitgebreid zicht gekregen op de werking van de landelijke politiek, op de barrières die de politiek opwerpt, op haar achterdeuren. Zijn er sinds uw komst naar Rijswijk aspecten van het terrein van de gezondheidszorg die u anders bent gaan interpreteren? Of werkt u nog steeds vanuit het referentiekader dat u eerder in het veld heeft opgebouwd?

Ik werk eigenlijk nog steeds vanuit dat referentiekader. Met name vanuit een nogal sterk op 'wetenschappelijkheid' en 'feiten' gerichte invalshoek. Daarbij komt dan nu wel extra aandacht voor emoties, de emoties die je in de politiek toch voortdurend tegenkomt, het besef dat dingen weliswaar rationeel verdedigbaar kunnen zijn, maar desondanks toch niet aanvaardbaar.

Kunt u een recent voorbeeld geven?

Neem de vraag of de anticonceptiepil uit het ziektefondspakket kan. Ik denk dat je zowel vanuit redeneringen van rechtvaardigheid en afwegingen van wat wel of geen gezondheidszorg is, als ook vanuit overwegingen van wat mensen voor eigen verantwoordelijkheid zouden kunnen nemen, zou kunnen verdedigen dat de pil uit het ziektefondspakket kan. Maar indien je dit voorstelt, zo blijkt nu, beland je onmiddellijk in een hevig tumult: de pil uit het ziektefondspakket?! Vrouwonvriendelijk! Het abortuscijfer gaat omhoog! Dat zijn andersoortige reacties.

Maar is het politiek omgaan met zulke reacties werkelijk zo anders dan hetgeen u gewend was in het AZU?

Natuurlijk, ook daar kon je soms denken, dat iets rationeel gesproken eigenlijk op een bepaalde manier zou moeten gebeuren, terwijl je wist dat dat, zolang professor X. er nog zat, volstrekt onhaalbaar was! Je stelde dan een aantal eigenlijk noodzakelijke beslissingen even uit omdat je ook geen zin had met je hoofd tegen een muur te lopen. Omdat je wist, dat niet je hoofd maar wel die muur zou blijven staan! Zo is het in de politiek eigenlijk ook. Wat je dan doet ... ach, je zoekt wegen om de muur heen, alternatieven.

Welke muren bent u in Den Haag al tegengekomen?

De echte muren moeten nog komen, maar bij het invullen van het pakket van ombuigingen en financieringsverschuivingen van vier miljard is er natuurlijk al een scala van zaken aan de orde geweest, vooral vragen over wat al dan niet als gezondheidszorg moet worden aangemerkt. Zoals de vraag of een behandeling voor kinderloosheid nu eigenlijk gezondheidszorg is of niet. Is kinderloosheid een ziekte? Ik heb daarover de afgelopen jaren de nodige filosofische beschouwingen gelezen. Er is veel voor te zeggen om de conclusie van de Commissie-Dunning te trekken: dat het niet-hebben van kinderen je niet belemmert om als volwaardig burger aan de maatschappij deel te nemen. Dus vanuit de veelgeprezen, maar ook vaak verguisde gemeenschapsgerichte visie van de Commissie-Dunning zouden kinder-

loosheidsbehandelingen best in hun totaliteit voor eigen rekening kunnen worden genomen.

Tegelijkertijd kom je dan toch ook jezelf weer tegen. Ik vind het namelijk *als arts* wel degelijk een ziekelijke afwijking als het lichaam van een man of een vrouw niet in staat is tot voortplanting. Dan denk ook ik: daar moet toch iets aan 'gerepareerd' worden. Ik heb daarom uiteindelijk toch besloten kinderloosheidsbehandelingen binnen de gezondheidszorg te houden. Maar ja, dat is mijn visie, de Kamer heeft natuurlijk het laatste woord.

Vindt u dat u als minister in de politieke praktijk nieuwe accenten kunt leggen?

Jazeker, vooral daar waar vragen rijzen over hoever je kunt gaan in het stellen van eisen aan de gezondheidszorg, meen ik dat ik de sector voldoende ken om te weten wat er nog kan, en ook: dat er nog het nodige kan, niet van vandaag op morgen, maar vanuit een blijvend en duidelijk appèl. Te vaak nog hoor ik politici die wat verder van de gezondheidszorg afstaan verzuchten, dat het tóch niets wordt met deze sector. Het blijft werkelijk opvallend hoezeer hier in Den Haag het idee heeft postgevat dat de gezondheidszorg zo zijn eigen wetten en regels kent waaraan geen mens iets kan veranderen, dat de gezondheidszorg een sector is die onstuitbaar zal blijven doorgroeien, zo'n sector waar we altijd maar weer geld bij zullen moeten leggen.

Ik ben er, daarentegen, van overtuigd dat er nog steeds het nodige te veranderen valt, niet te hooi en te gras, maar door voortdurend op beheersing te blijven tamboereren – het moet ook in de gezondheidszorg mogelijk zijn eens alles van zich af te schudden en opnieuw kritisch naar zichzelf te kijken. Ik ben vaak genoeg op werkbezoek geweest in settings waar men dit ook al doet, 're-engineering the process', bijvoorbeeld, mensen van buiten erbij halen om door te lichten hoe patiënten 'door het ziekenhuissysteem gaan'. Reken maar dat dat verfrissend kan werken!

Heeft u het idee dat u voor een kar bent gespannen? Dat u naar Den Haag bent gehaald om een grote ombuigingsoperatie beter te verkopen?

Ik denk niet dat de keuze van 1966 om die reden op mij gevallen is. Wellicht heeft de hartelijke bijval van de andere coalitiepartners daar wel iets mee te maken. Men heeft wellicht gedacht dat het handig zou zijn iemand in te huren die zelf uit de sector komt en over de beheersbaarheid ervan in haar vorige functie wel eens mooie verhalen heeft afgestoken. Maar Van Mierlo heeft mijns inziens meer gezocht naar vakministers dan naar politici, naar politieke nieuwelingen die echter wel goed weten wat er op hun departementen speelt en bovendien de wereld erachter kennen. Dat is wellicht een wat idealistische aanpak geweest.

Idealistisch, of juist een heel specifieke bestuurlijke visie?

Mmm, ja, ik denk dat met zulke keuzen de zaak wel wat gedepolitiseerd wordt, dat men in eerste instantie mensen heeft gezocht met vakinhoudelijke capaciteiten.

Maar deze keuzen sluiten toch naadloos aan op gangbare management-theorieën over hoe veranderingen het best in gang kunnen worden gezet? Een van de leidende gedachten in zulke theorieën is toch dat men afwilt van grote strategische planningen en rationalisering en mensen zoekt met leiderschapskwaliteiten die zicht hebben op de diverse processen en daar op de goede plaatsen duwtjes aan geven?

Zeker. Dat is dan ook een theorie die mij persoonlijk bijzonder aanspreekt. Ik hoop dan ook dat als ik over enige jaren vertrek er op allerlei plaatsen goede effecten van zulke 'duwtjes' zichtbaar zijn, dat het veranderingsproces wellicht wat versneld is en dat mensen kritischer naar zichzelf zijn gaan kijken. Veel van dit alles was natuurlijk allang voordat ik aantrad in beweging gezet, ik hoef echt niet aan een dood paard te schudden.

Dat is 'begging the question'! Als het systeem van gezondheidszorg geen 'dood paard' is, wat is het dan wel?

Al zulke metaforen lopen natuurlijk onmiddellijk weer mank. Je zou kunnen zeggen, dat het gezondheidszorgsysteem een paard is dat zelf al bezig was overeind te krabbelen. Maar goed, dit blijven natuurlijk snertvergelijkingen. Het is beter naar concrete voorbeelden van zorgvernieuwing te kijken.

Neem de enorme ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Vroeger was dat toch simpel. Je liep bij de psychiater en dan lag je op de divan. Of je zat in een gesticht of maakte gebruik van de paar mogelijkheden voor kortdurende opnamen in klinieken verbonden aan ziekenhuizen... Tegenwoordig heb je meer dan tien varianten van ambulante zorg op dit gebied. Iemand met psychiatrische problemen kan nu in allerlei zorgprogramma's terecht, die bovendien ook veel meer op de individuele behoefte zijn toegespitst.

Maar laat juist deze historische casus van de geestelijke gezondheidszorg niet ook zien hoezeer er periodes zijn geweest waarin de overheid heeft geprobeerd van bovenaf orde-ning aan te brengen? Getuigt de geschiedenis van de totstandkoming van de RIACG hier niet van? Heeft u zelf niet toch het idee dat zulke interventies van bovenaf nog over-al hard nodig zijn of denkt u te kunnen volstaan met 'duwtjes'?

Ik denk dat wij moeten faciliteren, daar waar men in het veld zegt: we zouden het zo en zo moeten doen. Dus wij zouden bijvoorbeeld kunnen bijspringen, waar men in de verpleeghuissector in samenhang met de thuiszorg zegt: de lichamelijke en geestelijke zorg voor onze ouderenpopulatie begint in sommige geledingen wat te kraken, we zouden hier een aanbod moeten kunnen ontwikkelen op een continue as variërend van geheel zelfstandig wonen tot uiteindelijk 24-uurs-zorg in een verpleeghuis. De financiering en aansturing van dit aanbod zou je uiteindelijk het liefst zoveel mogelijk in één hand willen leggen.

Een belangrijke ontwikkeling in deze, die Erica Terpstra en ik ook zoveel mogelijk willen stimuleren, is die van het persoonsgebonden budget. Door middel van dit budget kunnen mensen datgene wat ze aan hulp nodig hebben zoveel mogelijk

ook zelf arrangeren en regisseren. Invoering van zo'n budget moet natuurlijk voorzichtig gebeuren. Het mag financieel niet de pan uitrijzen. Beide voorbeelden betreffen overigens zaken die wij niet zelf bedacht hebben maar die wij als overheid graag willen helpen bevorderen. Zo ongeveer als een tuinder: er komen her en der plantjes op, van sommige denk je, dat zijn goeie, die koester je, andere moet je eruit halen. Maar de planten groeien, van 'bottom up'. Daar geloof ik dan ook sterk in, de 'bottom-up'-ontwikkelingen.

Blijft dan toch niet de brandende vraag wie er precies het overzicht moet houden, wie er aanstuurt, op welk moment en op welk niveau? Wanneer u zegt uit te gaan van een 'bottom-up'-aanpak, nieuwe zorgarrangementen propageert, pleit voor continuïteit van zorg, eenheid van beleid en financiële aansturing, betekent dat in ieder geval dat het veld u zal vragen om verdere deregulering en om experimenten om op een andere manier te kunnen financieren, waar bestaande schotten innovatie nog steeds belemmeren.

Daar zal ik dan ook positief op reageren. Via onze zogenaamde PEO-pot, Projecten Experimenten Onderzoek, vindt ook al het nodige plaats. Die pot is ons heel dierbaar, daar zijn wij bij de bezuinigingen ook niet aangekomen. Aan innovatie zit natuurlijk altijd een belangrijke financiële kant. Maar financieringsstructuren kun je niet van de ene op de andere dag veranderen. Dus staan wij in overleg met de zorgverzekeraars experimenten toe, die wij bijfinancieren.

Aan welke mogelijkheden van innovatie denkt u momenteel vooral? Bent u bijvoorbeeld van plan stimulerend beleid uit te strekken naar het veld van de informele zorg?

Erica Terpstra en ik hebben enige moeite met het rapport van de Commissie-Welschen daar waar dat advies wellicht toch iets te gemakkelijk stelt dat een groot percentage van de formele zorg kan worden vervangen door informele zorg. Als vrouw ben je daar wellicht ook wat sneller ongerust over. Terpstra noemt dit altijd het probleem van de sandwich-generatie, maar ik weet niet of het bij die ene generatie zal blijven. Als wij niet oppassen komen alle vrouwen in een sandwich-situatie: de situatie dat je een baan hebt en kinderen waar je zorg voor draagt; dat je vaak nog een mannelijke partner hebt die een full-time job heeft; dat bovendien een van je ouders gaat dementeren, en je geacht wordt een deel van je tijd aan mantelzorg te besteden. Je ziet nogal wat vrouwen, die op die manier op de rand van instorten komen te staan, die al die ballen met tegelijk in de lucht kunnen houden.

Ik zie dus veel meer in nieuwe banen in de zorg. Ik denk dat wij, vooral ook met het oog op de grote werkloosheid onder laag-opgeleiden, meer betaalde banen moeten scheppen voor eenvoudige werkzaamheden in de zorg. Natuurlijk moet ook daar eerst geëxperimenteerd worden om de relatie met de thuiszorgorganisaties en hun professionele mensen te onderzoeken. Als het een beetje loopt zoals ik hoop, krijgt de zorgsector 800 miljoen voor Melkert-banen, voor salarissen die maximaal 120% van het minimumloon mogen zijn. Dit kan bevredigend werk opleveren dat de mantelzorg ontlast. Zonder de waarde van de mantelzorg te wil-

len ontkennen, ben ik er een voorstander van die informele mantelzorg toch zoveel mogelijk te ontlasten.

Denkt u ook aan mogelijkheden op het gebied van uitkeringen en belastingen om zorgtaken van andere 'incentives' te voorzien?

Dat ligt natuurlijk niet in mijn portefeuille. Er zijn met Sociale Zaken al wel enige informele gesprekken geweest over een dergelijke aanpak. Met zulke initiatieven kom je onvermijdelijk uit op veel bredere maatschappijvisies: op toekomstbeelden waarin mensen van beide seksen niet alleen vanzelfsprekender 'gaan' voor zorgtaken in familieverband, maar er ook financieel toe in staat zouden worden gesteld. Dat vind ik persoonlijk een mooi ideaal.

De ideeën over mantelzorg betreffen nog vaak confessioneel gekleurde noties. Kunnen er vanuit liberale of sociaal-democratische hoek andere visies worden ontwikkeld op de toekomstige zorginhoud en taken in de zorg?

Zeker. En dat is ook hoognodig, want we proberen nu toch nog wel erg vaak een aantal onverenigbare zaken met elkaar te verknopen. Zo valt er in de literatuur weer een duidelijke opbloei te signaleren van de gedachte dat het voor jongere kinderen erg goed is om hun eerste levensjaren in een vertrouwde en gestructureerde omgeving door te brengen. Er wordt weer nadrukkelijk gesteld dat kinderen niet te makkelijk 'in de crèche geduwd' moeten worden... Daar proef ik onmiddellijk weer 'een mooie taak' voor moeders, want vooral moeders zullen zich daar dan weer de eerste tien jaar mee moeten bemoeien. Tegelijkertijd blijven wij echter ook vinden dat iedere vrouw haar eigen boterham moet kunnen verdienen en haar hele familie moet kunnen verzorgen. Enzovoort, enzovoort.

De opvattingen over taakverdelingen in de zorg zullen zich de komende jaren moeten uitkristalliseren. Ook ten aanzien van een ander type verschillen blijft het erom spannen. Er bestaan nog steeds forse sociaal-economische gezondheidsverschillen. Dit probleem lijkt zich meer en meer toe te spitsen op categorieën migranten. Het is echter nog verre van duidelijk welke maatregelen in deze werkelijk effect sorteren. Het 'gezondheidsbeleid' dat enige jaren, mede onder invloed van de WHO, ook in Nederland furor heeft gemaakt, lijkt doodgebloed. Denkt u op dit terrein actief beleid te ontwikkelen en zo ja, met welke accenten?

Dit is een terrein dat mij wel heel bijzonder aanspreekt. Als de overheid ergens een taak heeft, dan is het wel om ervoor te zorgen dat die groepen in de samenleving die niet zo goed in staat zijn voor zichzelf op te komen maatschappelijk toch meekomen. De eerste nota die ik binnenkort samen met Erica Terpstra zal uitbrengen heet 'Gezond en Wel' en gaat over de vraag hoe gezond de Nederlandse bevolking is. Hierbij maken wij gebruik van epidemiologische gegevens, van het rapport Volksgezondheid Toekomst-Verkenningen, van het Sociaal-Cultureel Rapport 1994 en de rapporten van het Centraal Planbureau, met name 'Nederland in Drievoud'.

Op grond daarvan presenteren wij onze beleidsvoornemens ten aanzien van preventie en curatie. Sociaal-economische gezondheidsverschillen figureren in dit alles prominent.

Ik zie het als een belangrijke taak de kloven waar mogelijk te signaleren en vooral ook te zien hoe je ze kleiner kunt maken. Het is irrealistisch te menen dat sociaal-economische verschillen ooit helemaal de wereld uit geholpen kunnen worden, maar de kloven mogen zich niet verbreden. Concreet betekent het dat ik onlangs op de eerdere aanbevelingen van de Commissie-Ginjaar de programmacommissie-Albeda heb geïnstalleerd. Deze commissie moet de door Ginjaar gesuggereerde maatregelen op hun effectiviteit gaan onderzoeken. We komen nu dus in de fase van implementatie-onderzoek. Ik hoop van ganser harte dat de Commissie-Albeda spoedig zal adviseren welke interventies al dan niet effectief zijn, zodat wij verder kunnen...¹

Los van commissies is er natuurlijk al het nodige gezegd over het hele complex van 'erbij hangen' in onze maatschappij. Het hoeft tegenwoordig toch nauwelijks betoog meer dat mensen die in een achterstandswijk wonen, slechte huisvesting hebben, geen baan hebben, op grond van die ellende mogelijk nog verslaafd zijn geraakt, doelloos rondhangen, niet alleen subjectief, maar ook objectief een groter risico hebben op gezondheidsproblemen. Iedere huisarts in de grote steden kan je dit vertellen. Hier is facetbeleid natuurlijk overduidelijk aan de orde: de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid kan voor veel van deze mensen minstens zoveel betekenen als ik. Veel van onze projecten zijn daarom ook breder ingebed in het kader van welzijnsbeleid, zoals het Project Minderheden.

Gezamenlijk moeten we er voor waken dat de toegang tot de zorg goed blijft en er geen onoverkomelijke drempels ontstaan nu de burger een aantal dingen zelf moet gaan betalen: een eigen risico van 200 gulden, tandartsbehandeling op volwassen leeftijd. Onze taak in deze zie ik verder vooral op het gebied van preventie. Wij doen in Nederland al het nodige aan collectieve preventie. Maar desondanks zakken er mensen onder een bepaalde lijn en vervallen in een toestand van 'het wordt toch nooit meer iets met mij.'² Daaruit komt nogal wat ongezond gedrag voort.

Ik blijf heilig geloven in goede gezondheidszorg voor kinderen. In het huidige bestel is de moeder hiervoor toch nog steeds de spilfiguur, de figuur die je moet aanspreken, de gezondheidsfunctionaris van het gezin. Via de inspectie zullen wij er scherp op toezien dat de bestaande kaders van moeder-en-jeugdzorg ook mensen uit de lagere sociaal-economische groepen bereiken en dat migrantenpopulaties niet worden overgeslagen. In sommige steden is men hier vooralsnog beter in geslaagd dan in andere. We moeten kritisch blijven natrekken waar het niet lukt om dit voor elkaar te krijgen en waarom.

De afgelopen vijftientig jaar is systematisch geprobeerd beleid te voeren ten aanzien van de gezondheidszorg, en dat is in grote lijnen mislukt. De overheid heeft daardoor een slechte naam gekregen in het veld van de gezondheidszorg. Hoe somber bent u zelf over de relatie tussen het veld en de politiek?

Ondanks alle bekende sombere geluiden ben ik niet sceptischer geworden over de

beheersbaarheid van de sector en de rol van de overheid daarin. Ik geloof nog steeds dat beheersing van groei mogelijk is indien wij zuiniger en zinniger met dingen leren omgaan... ik geloof in het 'frapper toujours'. Ik denk in dit verband dat de 'trechter van Dunning' allengs veel meer een symboolwaarde heeft gekregen dan werkelijke toepassing als rationeel instrument. Ziekenfondsraad en Gezondheidsraad werken daar nu aan, maar er is eigenlijk nog maar bitter weinig netjes door die trechter gehaald.

De symboolwaarde van de trechter van Dunning is daarentegen heel groot, niet op de laatste plaats door het publieksproject. In mei zullen hierover in het kader van een slotmanifestatie ook cijfers worden gepresenteerd. Maar ik denk dat wij nu al kunnen vaststellen dat bij het grote publiek veel sterker dan een aantal jaren geleden de idee leeft dat er gekozen moet worden. En je kunt ook geen dokter meer tegenkomen die niet onmiddellijk weet waarover je spreekt als je het hebt over de trechter van Dunning. Men is in de dagelijkse praktijk al duidelijk meer geneigd voor zichzelf te trechteren, de trechter heeft mensen dus wel degelijk aan het denken gezet. Maar als u nu vraagt waar het trechteren uiteindelijk zal moet gebeuren, dan zeg ik toch: in de praktijk van de micro-situatie.

Zelfs bij de grote macro-politieke spanningen die nu bestaan? Het Regeerakkoord spreekt over 1,3% acceptabele groei. Wie naar de trends in de gezondheidszorg van de laatste jaren kijkt en de adviezen van de Nationale Raad leest komt toch altijd uit op 3% jaarlijkse groei in de zorg. Er bestaat dus een forse discrepantie tussen de korte-termijn-doelstellingen van het kabinet en het veranderingsproces in de zorgsector dat veel geleidelijker verloopt. Denkt u dat u uitkomt met de boodschap van het Regeerakkoord, ook op het microniveau?

1,3% groei is net voldoende om de demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing en bevolkingstoename op te vangen. Dat betekent dat er dus geen cent overschiet voor nieuwe ontwikkelingen. Ik denk dat het er uiteindelijk wél inzit, dat de sector door de processen scherper te bewaken de volumegroei beter kan beheersen. Maar dat lukt niet op zo'n korte termijn. In 1996 moeten de eerste guldens er echter al uitrollen. Dus hebben wij naast lange-termijn-incentives, bijvoorbeeld om mensen te prikkelen tot het uitvoeren van de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel, een paar ingrijpende maatregelen moeten nemen die niet beschouwd kunnen worden als 'stimulerend' maar eenvoudigweg als uitdunnen van het wettelijk verzekerde pakket. Zo is de tandartshulp voor volwassenen nu uit het wettelijk verzekerde pakket: 500 miljoen. Mensen zullen moeten gaan bijbetalen aan fysiotherapie. Deze maatregelen zijn noodzakelijk, omdat dat andere veranderingsproces te lang duurt. Daarnaast blijft het aantrekkelijk te kijken of sommige dingen in Nederland niet te duur zijn.

Zoals geneesmiddelen?

En medische hulpmiddelen. Gelukkig hebben we op dat punt ook de minister van Economische Zaken meegekregen.

Zijn uw maatregelen om te 'snijden', zoals 'prijsstelling op geneesmiddelen en medische hulpmiddelen', een aantal financieringsverschuivingen zoals 'eigen bijdragen' en 'het opschonen van het pakket', alleen pragmatische of ook politieke keuzen? Haalt u bijvoorbeeld liever een bepaalde voorziening uit het pakket dan met een salami-techniek overal kortingen aan te brengen?

Ja, overal kortingen aanbrengen is zo'n demotiverend systeem, met het nagelschaartje overal een randje af – dat vind ik ook geen bestuur. Je moet durven nadenken over wat al dan niet noodzakelijk is, wat al dan niet uit het pakket kan. Nu zijn we vergelijkenderwijs in Nederland nogal sober en laten ons niet onmiddellijk allerlei luxe dingen aandoen. Dus komt het bij ons toch vooral aan op financieringsverschuiving, op de vraag wat iemand voor eigen rekening kan nemen. Dat is meteen een beetje bedoeld als 'remgeld', zoals de Belgen dat zo fraai uitdrukken.

Bij alle maatregelen die nu op stapel staan en gezien de vele discussies over het thema de laatste jaren: waarin ligt voor u de legitimiteit van overheidsingrijpen nog?

Die ligt toch vooral in het gegeven dat de gezondheidszorg vooralsnog niet een sector is die spontaan neigt tot veel systematisch beheerst gedrag. Hier is absoluut nog een overheid nodig om de beheersingsnoodzaak te verkopen en daar ook zoveel mogelijk prikkels voor aan te dragen. Dat wil zeggen, enerzijds belemmeringen weghalen in het financieringssysteem, anderzijds zodanig duwen, dat iedereen er ook *werkelijk* belang bij krijgt om het zuiniger aan te doen. We kunnen daarop wel het een en ander aan systeemtheorieën loslaten, maar die zijn lang niet altijd goed gebleken in het voorspellen van wat er in werkelijkheid gebeurt.

Veel mensen blijven geneigd te roepen dat de sector te belangrijk is om aan de politiek over te laten...

Daarentegen heeft de sector zelf heeft nog teveel groeineiging om de sector geheel aan zichzelf over te dragen...

U constateert dus nog steeds een duidelijk macro-economisch belang voor de overheid om zich met de gezondheidszorg in te laten. De vraag naar de legitimiteit van overheidsingrijpen speelt echter nog op een aantal andere niveaus, bijvoorbeeld in de vraag in hoeverre de overheid nog iets betekent voor de patiënt. De patiënt wordt in de huidige stelselopvattingen als als separate veldpartij aangemerkt. De normale spreekbuis van de patiënt, de politiek, lijkt dat minder te zijn. Dreigt niet het gevaar van grotere botsingen tussen burgers en politiek als de politiek niet langer een duidelijke spreekbuis voor patiënten is?

Ik merk in de Kamer dat, hoewel bijvoorbeeld een partij als Groen Links nog voluit voor de patiënt het woord voert, andere partijen zich al meer boven de actoren in het veld van de zorg lijken op te stellen. Men wil het systeem als zodanig helpen sturen en begint te accepteren dat als je iedereen een beetje pijn moet doen, dat ook de patiënten betreft. Maar juist omdat de nationale politiek zich

meer boven de veldpartijen in de zorg lijkt te gaan bewegen, is het des te noodzakelijker dat er iets aan de positieversteving van sommige van deze veldpartijen wordt gedaan. Zodat iedereen een volwaardig partijtje kan meeblazen. We proberen dit natuurlijk al te doen door allerlei wetgeving, de Klachtwet, de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Maar ik vind dat je de patiëntenbewegingen nog verder moet versterken. Daar gaat dan ook meer geld naar toe. Vooral op provinciaal niveau liggen hier meer mogelijkheden. Juist omdat de provincie eerdere bestuurlijke taken in de gezondheidszorg ziet verminderen wordt de provincie een 'onverdachte' partij.

In hoeverre moet de politiek volgens u überhaupt nog de spreekbuis zijn van de burger als patiënt?

'Het Nederlandse volk' bestaat uit patiënten, dokters, verpleegkundigen en al die andere partijen in de gezondheidszorg. En het Nederlandse volk is ook 'alle kinderen die goed onderwijs moeten hebben', daar moeten toch ook collectieve middelen heen. Ik zou het echt geen goede zaak vinden als de Tweede Kamer zou zeggen: 'the patients – that's us'. Dat zou wel een erg smalle basis zijn voor een parlementaire democratie. De overheid heeft als taak het land te besturen en moet dus af en toe noodzakelijke vervelende maatregelen durven nemen.

Dat is de visie op overheidshandelen als 'goed rentmeesterschap'?

Ach, één CDA-tekst mag u mij wel in de mond leggen. Het meest fascinerende in de huidige coalitie blijft natuurlijk de combinatie van VVD en PvdA, waarbij de ene partij er bijna vanuit gaat dat iedereen voor zichzelf kan zorgen, terwijl de andere welhaast aanneemt dat wij allen voor iedereen moeten zorgen, dat niemand voor zichzelf zorg kan dragen.

Bestaat het gevaar dat juist doordat meer mensen in economische termen leren nadenken over de zorg, zij hieraan ook meer argumenten gaan ontleunen die het solidariteitsprincipe van het systeem zullen ondermijnen?

Ook hier zou ik toch graag willen weten hoe de Nederlandse bevolking momenteel werkelijk over solidariteit denkt. Ik houd niet van borreltafel-analyses over zulke zaken. Je weet daar nooit precies over hoeveel mensen gesproken wordt. Natuurlijk hoor ook ik regelmatig vragen of wij collectief moeten betalen voor mensen die onverstandig leven? En ook ik constateer om mij heen de vrees dat de solidariteit in onze samenleving tanende is. Maar ik weet nooit zeker in hoeverre wij elkaar dit allemaal weer naropen en op die manier slechts meewerken aan een soort 'self-fulfilling prophecy'. Wat betreft de positie van patiënten, ik denk dat het uiteindelijk toch het belangrijkste is te zorgen dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt niet wordt ondermijnd.

Uit veel van uw antwoorden spreekt toch nog een groot vertrouwen in een systeem dat in

zichzelf op relaties van vertrouwen is gebaseerd, u blijft uitgaan van een soort harmonie-model?

Natuurlijk!

Heeft u bij alle overwegingen die u hier biedt toch geen behoefte aan een eigen samenhangende visie, een eigen (grote) lijn?

Ik streef gewoon naar een beetje ontzuivering. De gezondheidszorg moet weer met twee benen op de grond komen. Aanbieders, vooral medici, hebben zich in het verleden teveel geprofileerd als bringers van het heil. Patiënten verwachten daarom nu alle geluk van de geneeskunde. De betekenis die wij aan gezondheid in het leven zijn gaan hechten is scheefgetrokken. Kijk eens wat beter naar chronisch zieke mensen, die leven toch vaak een uiterst zinvol leven. Wij moeten de discussies over ziekte en gezondheid weer terugbrengen naar de plaats waar ze horen. Dus geen grootse visioenen. Ik wil slechts een beetje lucht laten lopen uit deze te sterk opgeblazen ballon.

Met welke strategie denkt u deze visie van ontzuivering praktisch over het voetlicht te krijgen?

Gewoon: door 'management by speech'...

Noot

1. De Programmacommissie-Albeda (Programmacommissie SEGV-II) is begin 1995 voor een periode van vijf jaar ingesteld. De commissie heeft o.a. tot taak het op systematische wijze evalueren van de effectiviteit van interventies gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, het monitoren van het vóórkomen van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland, en het nader analyseren van de achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland.